

Name/Nombre del paciente: _____

 M F DOB/Fecha nacim.: _____ Address/Dirección: _____

City/Ciudad: _____ State/Estado: _____ Zip Code/Código postal: _____

Home Phone #/Teléfono de la casa: _____

Mother's Information/Información de la madre

Name/Nombre: _____

Address/Dirección: _____

Home Phone #/Teléfono de la casa: _____ Work/Trabajo: _____ Cell/Celular: _____

E-mail: _____

Father's Information/Información de la padre

Name/Nombre: _____

Address/Dirección: _____

Home Phone #/Teléfono de la casa: _____ Work/Trabajo: _____ Cell/Celular: _____

E-mail: _____

Living Situation/Custody/Situación de convivencia/custodia: _____

Referral Source/Recomendado por: _____

Physician/Médico: _____

Phone/Teléfono: _____ Fax: _____

Medical Diagnosis/Diagnóstico médico: _____

Primary Insurance/Seguro principal: _____

Secondary Insurance/Seguro secundario: _____

If medicaid, County?/Si tiene Medicaid, indicar condado: _____

If outside of Boulder County Medicaid, **STOP** here and call 303-441-2385.

Insured /Asegurado _____ Insured's DOB/ Fecha de nacimiento del asegurado _____

Insured's Employer/Empleador del asegurado: _____ Insured's SS # _____

Employer's Phone #/Teléfono del empleador: _____

Primary Subscriber Number/Número de suscriptor principal: _____

Group Number/Número de grupo: _____



Secondary Subscriber Number/Número de suscriptor secundario: _____

Insurance Phone #/Teléfono del seguro: _____

Insurance Address/Dirección del seguro: _____

Allergies/Alergias: _____

Fall Risk/ Riesgo de caída: YES/SÍ NO

Patient's Preferred Language/Idioma preferido del paciente: _____

Race/Raza: _____

Has child been evaluated/treated in past 6 months?/¿Se ha evaluado o tratado al niño en los últimos 6 meses? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES/SÍ; _____
Has child or siblings ever been in PEDS REHAB?/¿Ha estado el niño o sus hermanos en REHABILITACIÓN PEDIÁTRICA? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES/SÍ; Case Manager/Administrador de casos _____

NOTES/NOTAS: _____

Firma/Signature: _____ Hora/Time: _____ Date/Fecha: _____

For Office Use Only		
Recommended from intake:		
<input type="checkbox"/> Physical Therapy	<input type="checkbox"/> Evaluation	<input type="checkbox"/> Treatment Only
<input type="checkbox"/> Occupation Therapy	<input type="checkbox"/> Evaluation	<input type="checkbox"/> Treatment Only
<input type="checkbox"/> Speech Language Therapy	<input type="checkbox"/> Evaluation	<input type="checkbox"/> Treatment Only
<input type="checkbox"/> Audiology	<input type="checkbox"/> Evaluation	<input type="checkbox"/> Treatment Only
<input type="checkbox"/> Wheelchair Aug DME	<input type="checkbox"/> ABLE	<input type="checkbox"/> PSYCH



Place Label Here